

Qualitätsbericht 2016

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:
Durch:

01.06.2017
Stefan Gerber, Direktor

Version 1



**Südhang, Kompetenzzentrum für
Mensch und Sucht, Klinik Südhang**

<http://www.suedhang.ch>



Psychiatrie

Impressum

Dieser Qualitätsbericht wurde nach der Vorlage von H+ Die Spitäler der Schweiz erstellt. Die Vorlage des Qualitätsberichts dient der einheitlichen Berichterstattung für die Kategorien Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation für das Berichtsjahr 2016.

Der Qualitätsbericht ermöglicht einen systematischen Überblick über die Qualitätsarbeiten eines Spitals oder einer Klinik in der Schweiz. Dieser Überblick zeigt den Aufbau des internen Qualitätsmanagements sowie die übergeordneten Qualitätsziele auf und beinhaltet Angaben zu Befragungen, Messbeteiligungen, Registerteilnahmen und Zertifikaten. Ferner werden Qualitätsindikatoren und Massnahmen, Programme sowie Projekte zur Qualitätssicherung abgefragt.

Um die Vergleichbarkeit von Qualitätsberichten zu erhöhen wurden das Inhaltsverzeichnis und die Kapitelnummerierung vereinheitlicht. Im Inhaltsverzeichnis sind alle Kapitel ersichtlich, unabhängig davon, ob diese das Spital betreffen oder nicht. Falls das Kapitel für das Spital nicht relevant ist, ist der Text in grauer Schrift gehalten und mit einer kurzen Begründung ergänzt. Diese Kapitel sind im weiteren Verlauf des Qualitätsberichts nicht mehr dargestellt.

Um die Ergebnisse der Qualitätsmessung richtig zu interpretieren und vergleichen zu können, dürfen die Angaben zum Angebot der einzelnen Kliniken nicht ausser Acht gelassen werden. Zudem muss den Unterschieden und Veränderungen in der Patientenstruktur und bei den Risikofaktoren Rechnung getragen werden.

Zielpublikum

Der Qualitätsbericht richtet sich an Fachpersonen aus dem Gesundheitswesen (Spitalmanagement und Mitarbeiter aus dem Gesundheitswesen, der Gesundheitskommissionen und der Gesundheitspolitik sowie der Versicherer) und die interessierte Öffentlichkeit.

Kontaktperson Qualitätsbericht 2016

Herr
Walter Steiner
Leiter QM, Projekte & IT
031 828 14 37
walter.steiner@suedhang.ch

Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz

Die Spitäler und Kliniken in der Schweiz haben ein hohes Qualitätsbewusstsein. Nebst der Durchführung von zahlreichen internen Qualitätsaktivitäten, nehmen sie an mehreren nationalen und teilweise kantonalen Messungen teil. Gemäss dem Messplan des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) finden Messungen in den stationären Bereichen der Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation statt. Im Berichtsjahr 2016 wurden keine neuen nationalen Messungen eingeführt.

Die nationalen Pilotprogramme progress! der Stiftung Patientensicherheit Schweiz laufen auf Hochtouren. Im Rahmen des Programms „Sichere Medikation an Schnittstellen“ implementierten die teilnehmenden Spitäler den systematischen Medikationsabgleich – eine herausfordernde aber auch erfolgversprechende Massnahme. Das dritte progress!-Pilotprogramm von Patientensicherheit Schweiz zielt auf eine Reduktion der Verwendung von Blasenkathetern und damit auf die Senkung des Infektions- und Verletzungsrisikos. Das Programm läuft von 2015-2018 und wird in Kooperation mit Swissnoso durchgeführt. Neben den nationalen Pilot-Programmen führte die Stiftung in Kooperation mit vielen Spitälern Projekte und Forschungsarbeiten zur Förderung der Patientensicherheit durch. Dazu gehört eine grosse Studie zur Doppelkontrolle von Medikamenten, deren Resultate in Form von Empfehlungen in die Praxis transferiert werden. Mit der Kampagne „Speak up“ hat die Stiftung einen zentralen Aspekt der Sicherheitskultur in den Spitälern aufgegriffen – die Kommunikation von Sicherheitsbedenken auch über Hierarchien hinweg. Mit den zur Verfügung gestellten Materialien werden Spitäler, deren Mitarbeitende und Führungspersonen unterstützt, eine Kultur des *speaking up* zu etablieren.

Im Gesundheitswesen sind Transparenz und Vergleichbarkeit wesentliche Grundlagen für eine Steigerung der Qualität. Aus diesem Grund stellt H+ seinen Mitgliedern jährlich eine Vorlage zur Qualitätsberichterstattung zur Verfügung.

Die in dieser Vorlage publizierten Ergebnisse der Qualitätsmessungen beziehen sich auf die einzelnen Spitäler und Kliniken. Beim Vergleichen der Messergebnisse zwischen den Betrieben sind gewisse Kriterien zu berücksichtigen. Einerseits sollte das Leistungsangebot ([vgl. Anhang 1](#)) hnlich sein. Eine Privatklinik z.B. behandelt andere Fälle als ein Universitätsspital, weshalb auch deren Messergebnisse unterschiedlich zu werten sind. Zudem verwenden die Spitäler und Kliniken verschiedene Methoden / Instrumente, deren Struktur, Aufbau, Erhebung und Publikation sich unterscheiden können. Punktuelle Vergleiche sind bei national einheitlichen Messungen möglich, deren Ergebnisse pro Klinik und Spital resp. pro Spitalstandort entsprechend adjustiert werden. Diese Publikationen finden Sie auf www.anq.ch.

Freundliche Grsse



Dr. Bernhard Wegmüller
Direktor H+

Inhaltsverzeichnis

Impressum	2
Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz	3
1 Einleitung	6
2 Organisation des Qualitätsmanagements	7
2.1 Organigramm	7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement	8
3 Qualitätsstrategie	9
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2016	9
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2016	10
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren	10
4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten	11
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen	11
4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen	11
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen	12
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte	13
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen	14
4.5 Registerübersicht	
Für den Tätigkeitsbereich unseres Betriebes wurden keine geeigneten Register identifiziert.	
4.6 Zertifizierungsübersicht	14
QUALITÄTSMESSUNGEN	15
Befragungen	16
5 Patientenzufriedenheit	16
5.1 Eigene Befragung	16
5.1.1 ZüPAZ (Zürcher Fragebogen zur Patient/innenzufriedenheit)	16
5.2 Beschwerdemanagement	17
6 Angehörigenzufriedenheit	
Bis heute wurde keine systematische Zufriedenheitsmessung bei Angehörigen durchgeführt.	
7 Mitarbeiterzufriedenheit	18
7.1 Eigene Befragung	18
7.1.1 Im Berichtsjahr wurde keine Befragung zur Mitarbeiter/innenzufriedenheit durchgeführt.....	18
8 Zuweiserzufriedenheit	
Die Zuweisendenzufriedenheit wurde noch nie systematisch gemessen	
Behandlungsqualität	19
9 Wiedereintritte	
Wiedereintritte werden im KIS erfasst jedoch nicht systematisch gemessen	
10 Operationen	
Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.	
11 Infektionen	
Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.	
12 Stürze	
Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.	
13 Wundliegen	
Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.	
14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen	
Es gibt keine Zwangseinweisungen und es werden keine freiheitsbeschränkenden Massnahmen angewendet.	
15 Psychische Symptombelastung	19
15.1 Nationale Messung in der Erwachsenenpsychiatrie	19
16 Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand	
Zielerreichung wird nicht systematisch gemessen	
17 Weitere Qualitätsmessungen	21
17.1 Weitere eigene Messungen	21

17.1.1	Act-Info Ein- und Austritt	21
17.1.2	TMT (Trail Making Test, CASE Abstinenzmotivation, SCI Fragebogen zum Umgang mit Stress, ISK Inventar sozialer Kompetenzen, LQ Lebensqualität, BDI-II (Beck-Depressions-Inventar)	22
18	Projekte im Detail	23
18.1	Aktuelle Qualitätsprojekte	23
18.1.1	Rezertifizierung QuaTheDA und ISO 9001:2015	23
18.1.2	Entwicklung Tagesklinik	23
18.2	Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2016	23
18.2.1	Optinomic Version 2	23
18.2.2	Einführung Müpf im ambulanten Bereich	23
18.3	Aktuelle Zertifizierungsprojekte	24
18.3.1	ISO 9001:2015	24
19	Schlusswort und Ausblick	25
Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot		26
Psychiatrie		26
Anhang 2		
Herausgeber		27

1 Einleitung

Kurzporträt der Institution

Das Kompetenzzentrum für Mensch und Sucht verfügt über ein breites Angebot zur Behandlung von Suchterkrankungen. Betroffene und ihre Angehörigen werden aus der Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit begleitet. Das Kompetenzzentrum für Mensch und Sucht führt deshalb in Kirchlindach eine Klinik mit 70 Plätzen und folgenden Programmschwerpunkten:

- Entzugs- und Abklärungsprogramm (1-4 Wochen)
- Entwöhnungsprogramm (8-12 Wochen)
- Arbeitsintegrationsprogramm, gegliedert in zwei Stufen

Weitere Standorte

Zudem führt das Kompetenzzentrum eine Tagesklinik mit 16 Plätzen und ein suchtmmedizinisches Ambulatorium in der Stadt Bern sowie weitere Ambulatorien in Burgdorf und Biel.

Rechtsform

Stiftung "Südhang Klinik für Suchttherapien".

Detaillierte Informationen zum Leistungsangebot finden Sie im [Anhang 1](#).

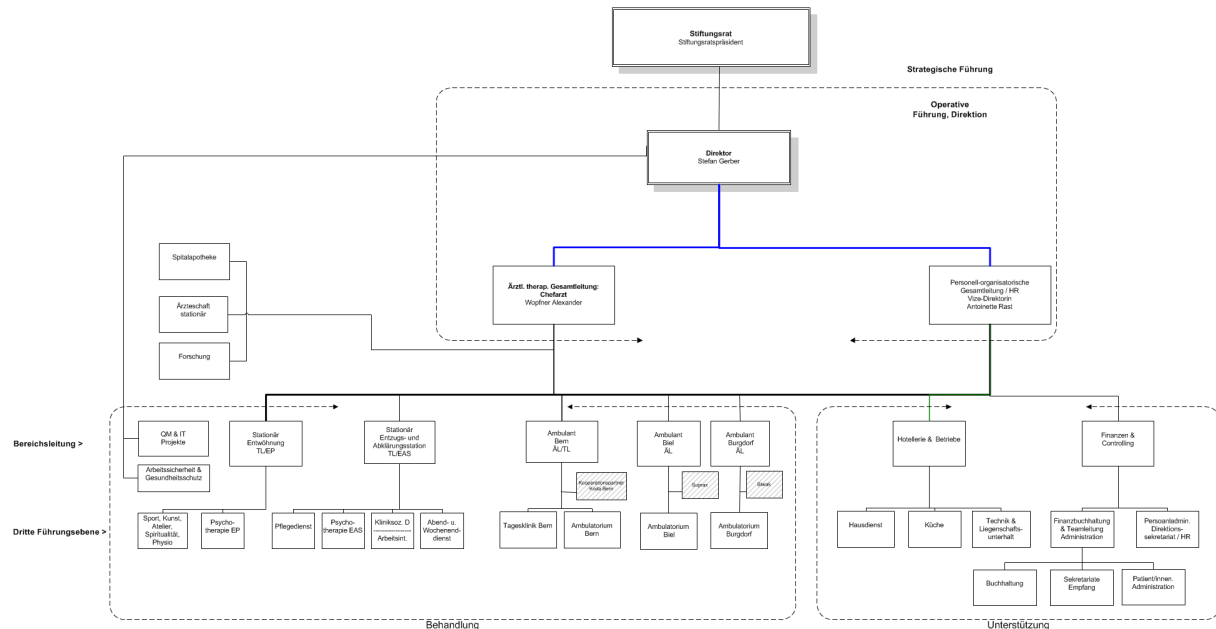
2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm

Organigramm

1. März 2017

südhang



Kompetenzzentrum für Mensch und Sucht

Das Qualitätsmanagementsystem steht in Übereinstimmung mit den Normforderungen von ISO 9001/2012 sowie mit den Forderungen und Standards von QuaTheDA (Qualität Therapie Drogen und Alkohol des BAG).

Der Qualitätsleiter ist dem Direktor (Q-Beauftragter) im Rahmen einer Stabsstelle direkt unterstellt. Der Q-Leiter gehört mit zur Bereichsleitung und kann Einfluss auf die Qualitätsentwicklung und die Qualitätsprozesse nehmen. Gemeinsam mit dem Direktor werden die zyklischen Aufgaben und die Projekte für die Qualitätsentwicklung besprochen, geplant und mit spezifisch zusammengesetzten Projektteams umgesetzt. Die Bereichsleitenden tragen Verantwortung für ihre Prozesse des Prozessmodells und partizipieren damit an der Entwicklung des Kompetenzzentrums.

Alle Mitarbeitenden beteiligen sich an der Einhaltung und Entwicklung der Qualitätsindikatoren in ihrem Bereich. Qualität kann nur umgesetzt werden, wenn alle Betroffenen das System mittragen. Die Rahmenbedingungen für die Qualität sind im elektronischen QM-Handbuch definiert und werden laufend überprüft und angepasst. Mitarbeitende und Patient/innen können von unten nach oben laufend Änderungs- und Anpassungswünsche eingeben.

Die Ergebnisqualität ist ein wachsender Bereich im Kompetenzzentrum Südhang. Nebst den obligatorischen Messungen durch ANQ werden im stationären Bereich eine Reihe von Testungen bei Ein- und Austritt durchgeführt.

Der Südhang richtet sich nach dem Stand der Wissenschaft. Mit einer eigenen Forschungsabteilung betreibt das Kompetenzzentrum Südhang Grundlagenforschung zur weiteren Entwicklung der Suchtbehandlung.

Zur besseren Lesbarkeit wird das Organigramm auf der Webseite verlinkt.

Organigramm Kompetenzzentrum Südhang

Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.

Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **170** Stellenprozente zur Verfügung.

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Herr Walter Steiner

Leiter QM

Südhang, Kompetenzzentrum für Mensch und

Sucht, Klinik Südhang

031 828 14 37

walter.steiner@suedhang.ch

3 Qualitätsstrategie

Qualitätsstrategie

Die Normen und Standards von ISO 9001:2012 und QuaTheDA werden eingehalten.

Der Südhang betreibt Qualität auf allen 3 relevanten Ebenen:

- Strukturqualität
- Prozessqualität (Prozessmodell)
- Ergebnisqualität (Messungen, Kennzahlen)

Qualitätshandbuch

Die Einrichtung stellt durch ein Qualitätshandbuch ein systemisches Qualitätsmanagement sicher. Im Südhang wird ein elektronisches Handbuch in Form einer Datenbank (Limsophy BPM, Business Prozess Management) gepflegt. Das Handbuch regelt:

- die qualitätsrelevanten Prozesse
- die Funktion des Qualitätsmanagement
- die Qualitätsmessungen
- die internen und externen Audits
- ein permanentes Verbesserungsmanagement
- ein Risikomanagement
- ein CIRS (Critical Incident Reporting System)
- das Management Review und den Q-Leiterbericht
- die Qualitätsplanung unter Berücksichtigung der Vision, der Strategie und der Qualitätsziele

Systematische Planung

Die Qualität der Angebote und die Entwicklung der gesamten Institution werden zyklisch überprüft und nach Bedarf angepasst. Der Südhang ist eine führende Institution im Bereich der Suchtbehandlung. Im Rahmen des Zielsetzungsprozesses werden Ziele festgelegt, umgesetzt und überprüft. Grössere Vorhaben werden als Projekte definiert, geplant und systematisch umgesetzt.

Verbesserungsmanagement

Patient/innen und Mitarbeitende können im Rahmen eines kontinuierlichen Verbesserungsmanagements Wünsche und Beschwerden einbringen. Der Südhang betreibt zudem ein systematisches Fehlermanagement CIRS.

Qualitätsmessungen

Der Wirkungsnachweis der Behandlungen ist ein wichtiges Anliegen. Resultate von Messungen bei Eintritt werden direkt zur Behandlungsplanung eingesetzt. Vergleichsmessungen bei Austritt erlauben eine Einschätzung der Behandlungswirkung. Die Wirkung von Nachbefragungen auf den längerfristigen Behandlungserfolg wird aktuell geprüft.

Die Qualität ist in der Unternehmensstrategie resp. in den Unternehmenszielen explizit verankert.

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2016

1. Weiterentwicklung des Tagesklinikkonzeptes

Eine inhaltliche Diversifizierung des Angebotes erlaubt, im Rahmen des psychotherapeutischen Angebotes besser auf die individuellen Bedürfnisse der Patient/innen einzugehen. Ein wichtiges Ziel der Weiterentwicklung betrifft die Reduktion der No-Shows und Ausfälle der Patient/innen, da diese Zeiten nicht ausreichend abgegolten werden. Mit dem Einsatz von Pflegefachleuten kann die Betreuungskonstanz erheblich verbessert werden.

2. Abbau des Langzeitangebotes zugunsten von mehr Entzugsplätzen

Die 8 Plätze des Langzeitangebotes wurden zugunsten einer Erweiterung der Entzugs- und Abklärungsplätze abgebaut. Dank Anpassungen des Konzeptes der Entzugs- und

Abklärungsstation, kann der Bedarf der Langzeitpatient/innengruppe teils aufgefangen werden.

3. Neuer Auftritt des "Südhang Express" unter dem Titel "Der Südhang" in einer anderen Form

Im Zusammenhang mit 125 jährigen Jubiläum wurden der Auftritt des Südhang gegen Aussen überarbeitet. Unter anderem erscheint der Südhangexpress neu unter dem Titel "Der Südhang", in einem etwas kleineren Format. Die kürzeren Texte verweisen auf Ausführungen auf der Website. Eine erste Version ist im Februar 2017 erschienen. Auch die anderen Printmedien werden dem neuen Format angepasst.

Ein wichtiges Ziel ist eine interessierte Öffentlichkeit über Sucht umfassend zu informieren.

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2016

Ergebnisqualität

Verbesserte Nutzung der zu erhebenden Daten für die Therapieplanung, Forschung und weitere Entwicklung der Angebote.

Sicherheit

Mit der Einführung eines Sicherheitsbeauftragten konnte die Sicherheit im Kompetenzzentrum deutlich verbessert werden. Der Sicherheitsprozess wurde überarbeitet und optimiert. Katastrophen- und Krisenmanagement sowie Arbeits- und Gesundheitsschutz wurden verbessert.

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

ISO 9001:2015

Der Südhang wird im kommenden Jahr nach der neuen ISO-Norm zertifiziert werden. Der Schwerpunkt der neuen Norm liegt weniger im festhalten von Detailfragen als auf einem effizienten Strategieprozess mit konsistenten Jahreszielen und Projekten zur laufenden Optimierung des Betriebes. Der Südhang richtet seine Strategie auf diese Anforderungen aus.

Optimierung des Planungsprozesses

Der Zielsetzungsprozess wird zukünftig besser mit der Vision und der Strategie verknüpft. Die Strategie wird zyklisch überprüft und angepasst.

Umsetzung des neuen Tagesklinikkonzeptes

Die Tagesklinik wird ab Mai 2017 mit Pflegefachkräften ausgestattet. Das Angebot wird diversifizierter und besser auf unterschiedlichen Patient/innengruppen (poststationär/prästationär) abgestimmt.

Neubau auf dem Klinikgelände in Kirchlindach

Zur Optimierung des Arbeitsintegrationsangebotes und der Therapieangebote wird im September 2017 der Neubau bezugsbereit sein.

Forschungsprojekte

- **INTRA**: Lernen, dem Alkohol zu widerstehen: Inhibitionstraining für Patient/innen mit einer Alkoholkonsumstörung
- **AES**: Evaluation der Alkoholentzugsskala
- **CAR**: Effekte von Cortisol auf Alkoholcraving
- **KUTEZ**: Telefonbasierte Nachsorge nach stationärem Aufenthalt

4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

4.1 Teilnahme an nationalen Messungen

Im Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) sind der Spitalverband H+, die Kantone, die Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK, der Verband der Krankenkassen santésuisse und die eidgenössischen Sozialversicherer vertreten. Zweck des ANQ ist die Koordination der einheitlichen Umsetzung von Ergebnisqualitäts-Messungen in Spitälern und Kliniken, mit dem Ziel, die Qualität zu dokumentieren, weiterzuentwickeln und zu verbessern. Die Methoden der Durchführung und der Auswertung sind für alle Betriebe jeweils dieselben.

Weitere Informationen finden Sie pro Qualitätsmessung jeweils in den Unterkapiteln „Nationale Befragungen“ bzw. „Nationale Messungen“ und auf der Webseite des ANQ www.anq.ch.

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:
<i>Psychiatrie</i>
▪ Erwachsenenpsychiatrie – Symptombelastung (Fremdbewertung) – Symptombelastung (Selbstbewertung)

Bemerkungen

Die Aufnahme in alle Angebote des Südhang erfolgt freiwillig. Im Rahmen der Behandlung werden in keinem Setting freiheitsbeschränkenden Massnahmen angewendet. Gelegentlich absolvieren Patient/innen eine Therapie im Rahmen einer fürsorgerischen Unterbringung (FU).

4.2 Durchführung von kantonally vorgegebenen Messungen

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr folgende kantonalen Vorgaben umgesetzt und folgende kantonally vorgegebenen Messungen durchgeführt:
▪ CGI – Zustandsänderung der psychischen Erkrankung (im Vergleich zum Eintritt)

4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen

Neben den national und kantonal vorgegebenen Qualitätsmessungen hat unser Betrieb zusätzliche Qualitätsmessungen durchgeführt.

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Befragungen durchgeführt:
<i>Patientenzufriedenheit</i>
▪ ZüPAZ (Zürcher Fragebogen zur Patient/innenzufriedenheit)

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Messung(en) durchgeführt:
<i>Weitere Qualitätsmessungen</i>
▪ Act-Info Ein- und Austritt ▪ TMT (Trail Making Test, CASE Abstinenzmotivation, SCI Fragebogen zum Umgang mit Stress, ISK Inventar sozialer Kompetenzen, LQ Lebensqualität, BDI-II (Beck-Depressions-Inventar)

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

Hier finden Sie eine Auflistung der permanenten Aktivitäten sowie der laufenden Qualitätsprojekte.

IT Prozess aufbauen

Ziel	IT als Bereich im Qualitätsmanagement aufnehmen und beschreiben.
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	IT Südhang
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Bis Ende 2017
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Die Komplexität und Kosten der IT nehmen zu. Der Betrieb hängt von der IT ab. Das Wissen ist auf einzelne Personen konzentriert und muss diversifiziert werden.
Methodik	Definieren und Beschreiben aller Bereiche der IT. Überblick über alle Systeme und Verträge. Benchmark der Kosten mit vergleichbaren Einrichtungen. Externe Beratung.
Involvierte Berufsgruppen	Leiter QM / Verantwortlicher IT / Direktion
Evaluation Aktivität / Projekt	Wird 2018 ins Zertifikat eingebunden

Weiterentwicklung des QMS mit den Standards von ISO 2009:2015

Ziel	Zertifizierung beim Rezertifizierungsaudit 2018
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Alle Bereiche
Projekte: Laufzeit (von...bis)	Bis 2018
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Weiterentwicklung des Systems und Zertifizierung.
Methodik	Ergänzen der Standards in den Prozessen und Hilfsmitteln (Risikomanagement in Prozessen abbilden, Balanced Scorecard im Zielmanagement, Optimieren des Projektmanagements)
Involvierte Berufsgruppen	Qualitätsbeauftragter, Q-Leiter, Prozessverantwortliche
Weiterführende Unterlagen	Praxisbuch ISO 9001:2015 die neuen Herausforderungen verstehen und umsetzen von Anni Koubek

4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen

CIRS ist ein Fehlermeldesystem, in welchem Mitarbeitende kritische Ereignisse oder Fehler, die im Arbeitsalltag beinahe zu Schäden geführt hätten, erfassen können. Auf diese Weise hilft CIRS, Schwachstellen in der Organisation und in Arbeitsabläufen zu entdecken. CIRS steht für Critical Incident Reporting System. Aufgrund der Entdeckungen können sicherheitsrelevante Verbesserungsmaßnahmen eingeleitet werden.

Unser Betrieb hat ein CIRS im Jahr 2011 eingeführt.

Das Vorgehen für die Einleitung und Umsetzung von Verbesserungsmaßnahmen ist definiert.

Entsprechende Strukturen, Gremien und Verantwortlichkeiten sind eingerichtet, in denen CIRS-Meldungen bearbeitet werden.

CIRS-Meldungen und Behandlungszwischenfälle werden durch eine systemische Fehleranalyse bearbeitet.

4.6 Zertifizierungsübersicht

Unser Betrieb ist wie folgt zertifiziert:				
Angewendete Norm	Bereich, der mit dem Standard / der Norm arbeitet	Jahr der ersten Zertifizierung / Assessment	Jahr der letzten Rezertifizierung / Assessment	Kommentare
ISO 9001:2012	Ganze Organisation	2003	2015	
QuaTheDA (Qualität Therapie Drogen und Alkohol) Suchtspezifische Norm	Ganze Organisation	2003	2015	
Rekole	Finanzbereich	2014	2014	

QUALITÄTSMESSUNGEN

Befragungen

5 Patientenzufriedenheit

Umfassende Patientenbefragungen stellen ein wichtiges Element des Qualitätsmanagements dar, da sie Rückmeldungen zur Zufriedenheit der Patienten und Anregungen für Verbesserungspotentiale geben.

5.1 Eigene Befragung

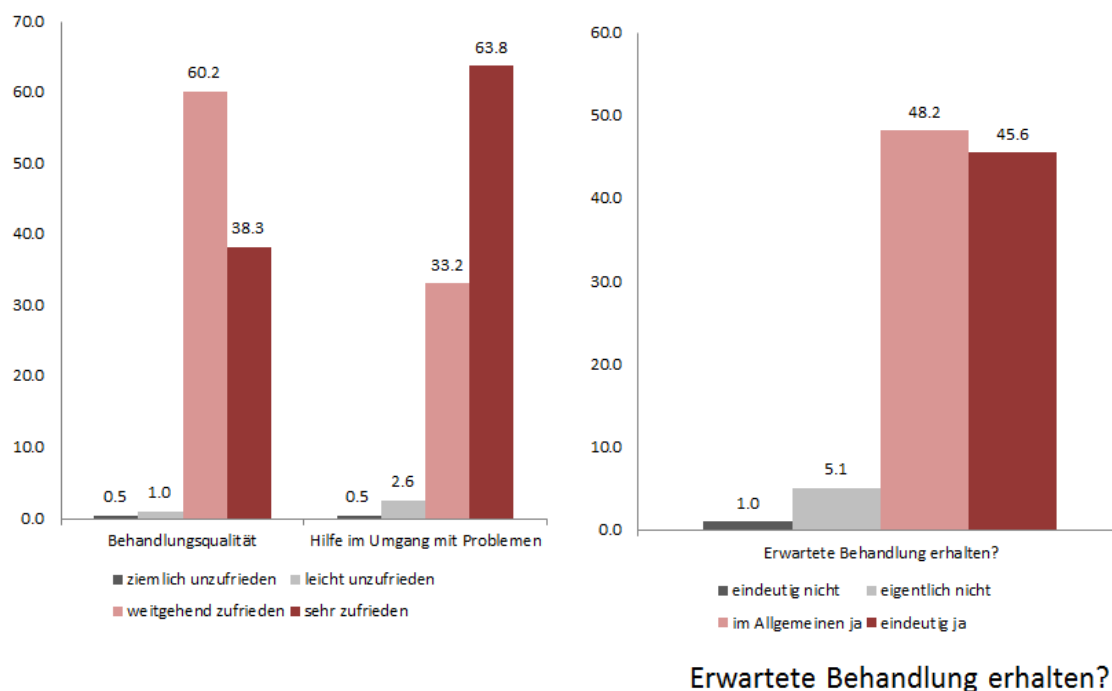
5.1.1 ZüPAZ (Zürcher Fragebogen zur Patient/innenzufriedenheit)

Das Ziel der Messung ist die Erfassung der Patient/innenzufriedenheit aus der Patient/innenperspektive im stationären Rahmen. Es werden Fragen zur Professionalität und Fachkompetenz der verschiedenen Behandlergruppen (Administration, Medizin, Pflege, Therapie) gestellt. Weiter zu Rahmenbedingungen wie Unterbringung und Verpflegung. Fragen zur Patient/innenautonomie (Mitbestimmung bei den Behandlungszielen und der Therapie) und erlebtem Respekt im Umgang mit den Patient/innen und die Informationsabgabe bei Ein- und Austritt werden erfragt. Der Fragebogen weist eine hohe Trennschärfe der einzelnen Items auf, damit er zur Optimierung der Zufriedenheitsaspekte genutzt werden kann und aus den Ergebnissen konkrete Verbesserungen abgeleitet werden können.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2016 durchgeführt.

Die Befragung wurde bei den aus der **stationären Entwöhnung** austretenden Patient/innen (N=234) durchgeführt. Teilgenommen haben letztlich 197 (84,2%). Die Teilname ist freiwillig. 20.3% der Entwöhnungs-Austritte sind Abbrüche.

Zufriedenheit mit der Behandlung



Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	Kanton Zürich
Methode / Instrument	ZüPAZ

5.2 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

Südhang, Kompetenzzentrum für Mensch und Sucht, Klinik Südhang

Infodrog

Franziska Eckmann

Leiterin

Tel. 031 376 04 01

f.eckmann@infodrog.ch

Mo bis Freitag 08.00-17.00

7 Mitarbeiterzufriedenheit

Die Messung der Mitarbeiterzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Mitarbeiter das Spital als Arbeitgeber und ihre Arbeitssituation empfunden haben.

7.1 Eigene Befragung

7.1.1 Im Berichtsjahr wurde keine Befragung zur Mitarbeiter/innenzufriedenheit durchgeführt

QuaTheDA fordert ca. alle 3 Jahre eine Befragung zur Mitarbeitendenzufriedenheit. Die letzte Befragung wurde gemeinsam mit dem ISGF (Insitut für Sucht- und Gesundheitsforschung in Zürich) durchgeführt.

Diese Mitarbeiterbefragung haben wir im Jahr 2014 durchgeführt.
Die nächste Mitarbeiterbefragung erfolgt im Jahr 2018.

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	ISGF
Methode / Instrument	QueTheTeam

Behandlungsqualität

15 Psychische Symptombelastung

15.1 Nationale Messung in der Erwachsenenpsychiatrie

Die ANQ Messvorgaben in der Erwachsenenpsychiatrie gelten seit Juli 2012 für alle Bereiche der stationären Versorgung (inkl. psychiatrischer Abteilungen eines akutsomatischen Spitals, Psychosomatik, spezialisierte Suchtkliniken und Alterspsychiatrie), nicht jedoch für Bereiche der Tageskliniken und ambulanten Angebote.

Bei allen Patienten in der Psychiatrie wird die Symptombelastung (Anzahl und Schweregrad vorhandener Symptome einer psychischen Störung) bei Ein- und Austritt erfasst. Das Behandlungsergebnis wird anschliessend als Veränderung der Symptombelastung (als Delta zwischen Ein- und Austritt) ausgewertet.

Die Fallführenden wie auch die Patienten beurteilen die Symptombelastung bei Ein- und Austritt mit je einem dafür bestimmten Fragebogen.

HoNOS Adults (Health of the Nation Outcome Scales) misst die Veränderung der Symptombelastung eines Patienten mittels 12 Frage-Items. Die Erhebung basiert auf der Einschätzung der Fallführenden (Fremdbewertung).

BSCL (Brief Symptom Checklist) misst die Veränderung der Symptombelastung eines Patienten mittels 53 Frage-Items. Die Erhebung basiert auf der Eigensicht und Selbstwahrnehmung der Patienten (Selbstbewertung).

Weiterführende Informationen: www.anq.ch/psychiatrie

Messergebnisse

HoNOS Adults	2012	2013	2014	2015
Südhang, Kompetenzzentrum für Mensch und Sucht, Klinik Südhang				
HoNOS Adults Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	-	5.05	4.83	5.42
Standardabweichung (+/-)	-	6.65	6.27	6.71

Wertung der Ergebnisse:

- 48 Punkte = maximal mögliche Verschlechterung;

+ 48 Punkte = maximal mögliche Verbesserung

BSCL	2012	2013	2014	2015
Südhang, Kompetenzzentrum für Mensch und Sucht, Klinik Südhang				
BSCL Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	-	20.65	17.94	20.79
Standardabweichung (+/-)	-	28.35	29.04	24.46

Wertung der Ergebnisse:

- 212 Punkte = maximal mögliche Verschlechterung;

+ 212 Punkte = maximal mögliche Verbesserung

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.anq.ch.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Die Datenqualität für die Datenlieferung des Südhangs ist sehr vollständig und wird von ANQ als überdurchschnittlich bewertet. Leider bilden weder HoNOS noch BSCL die Entwicklung der Suchtpatient/innen ab. Den Suchtpatient/innen geht es bei Eintritt im Vergleich mit Patient/innen aus der Allgemeinpsychiatrie im Bereich der allgemeinen Symptombelastung (ohne Suchtkriterien) gut. Patient/innen treten nicht in akuten Krisen in den Südhang ein (keine Zwangseinweisungen). Patient/innen, welche den Entzug in einer anderen Klinik durchgeführt haben und direkt auf die Entwöhnungsabteilungen des Südhang eintreten, fühlen sich zum Zeitpunkt des Klinikwechsels und damit nach einer Entzugsbehandlung bereits sehr gut, was sich erneut durch sehr geringe Werte in der Symptombelastung (BSCL) abzeichnet. Dies, obwohl die Abhängigkeitserkrankung nach dem Entzug längst nicht überwunden ist.

Die allgemein niedrigen Belastungswerte erschweren eine Veränderung (Ausgangslagegesetz: Höhere Belastung lässt sich leichter reduzieren) in kurzer Behandlungszeit. Dies, sowie die mangelhafte Erfassung des Hauptbehandlungsanliegens durch die Messmittel (HoNOS, BSCL) führen zu einer unzureichenden Erfassung der Behandlungsqualität, was sich durch ein ungünstiges Bild der Suchtfachkliniken im ANQ Benchmark kumuliert.

Angaben zur Messung

Auswertungsinstitut	Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK) Basel
Methode / Instrument	HoNOS Adults (Health of the Nation Outcome Scales) und BSCL (Brief Symptom Checklist)

Angaben zum untersuchten Kollektiv

Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten der Erwachsenenpsychiatrie (Vollerhebung).
	Ausschlusskriterien	Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

17 Weitere Qualitätsmessungen

17.1 Weitere eigene Messungen

17.1.1 Act-Info Ein- und Austritt

Gesamtprojekt act-info

Das Monitoring-Netzwerk act-info (The information network on addiction care and therapy in Switzerland) fasst die fünf im Bereich der Suchtberatung und -therapie geführten Statistiken in der Schweiz zusammen:

SAMBAD (Statistik der ambulanten Behandlung und Betreuung im Alkohol- und Drogenbereich)

act-info-Residalc (Statistik der stationären Behandlung der Alkoholabhängigkeit in der Schweiz)

act-info-FOS (Forschungsverbund stationäre Suchttherapie)

HeGeBe (heroingestützte Behandlung)

Methadon (nationale Methadonstatistik)

act-info-Residalc

act-info-Residalc betrifft alle stationären soziotherapeutisch orientierten Institutionen (Fachkliniken und Rehabilitationszentren), die auf die Behandlung von Alkohol- und Medikamentenprobleme spezialisiert sind. Informationen zu den Patient/innen (Einweisung, Behandlungserfahrungen, soziodemographische Angaben, Konsumverhalten, suchtähnliche Verhaltensweisen, Umstände der Behandlungsbeendigung usw.) werden mittels eines Fragebogens erhoben, der in den ersten Wochen nach Eintritt ausgefüllt wird, ergänzt durch einen zweiten Fragebogen beim Verlassen der Institution. Die Eintritts- und Austrittsfragebogen bestehen aus den Kernfragen, die für die fünf Behandlungsbereiche einheitlich sind, und aus Modulfragen, die spezifisch für act-info-Residalc sind.

Berichte:

<http://www.suchtschweiz.ch/forschung/act-info-residalc/>

Diese Messung haben wir im Jahr 2016 durchgeführt.

stationär und teilstationär

Alle Patient/innen welche eine stationäre Entwöhnungstherapie absolvieren werden beim Eintritt durch Hilfsassistent/innen im Bereich Qualitätssicherung befragt. Die kürzeren Austrittsfragebogen werden durch die fallführenden Psycholog/innen ausgefüllt.

Die Ergebnisse von act-Info werden jährlich durch Suchtschweiz in einem über 100seitigen Bericht veröffentlicht. Nebst suchtspezifischen Ergebnissen werden viele Soziodemographische Elemente erhoben und ausgewertet. Siehe den oben aufgeführten Link.

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	Suchtschweiz
Methode / Instrument	act-info residalc

17.1.2 TMT (Trail Making Test, CASE Abstinenzmotivation, SCI Fragebogen zum Umgang mit Stress, ISK Inventar sozialer Kompetenzen, LQ Lebensqualität, BDI-II (Beck-Depressions-Inventar))

Die Testungen werden mittels elektronischem Tool erhoben und fließen direkt in die Behandlung ein. Die Ergebnisse werden direkt nach der Eingabe in Form von interpretierbaren "sprechenden" Graphiken sichtbar und werden zum Festlegen der individuellen Behandlung eingesetzt. Am Schluss gibt es Vergleichsmessungen, welche die Entwicklung darstellen. Gemessen wird die Abstinenzmotivation, Symptombelastung, Lebensqualität, Umgang mit Stress usw..

Diese Messung haben wir im Jahr 2016 durchgeführt.
Aktuell im stationären Bereich.

Unser Betrieb verzichtet auf die Publikation der Ergebnisse.

Die Daten der genannten Tests werden hauptsächlich für die individuelle Behandlung erhoben.

18 Projekte im Detail

In diesem Kapitel können Sie sich über die wichtigsten Qualitätsprojekte informieren.

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

18.1.1 Rezertifizierung QuaTheDA und ISO 9001:2015

Standardprojekt

Dient dem Erhalt des ISO Zertifikates per Rezertifizierungsaudit 2018 und löst verschiedene Entwicklungen aus.

Projektziel

Weiterentwicklung des QM Südhang in Richtung ISO 9001:2015

18.1.2 Entwicklung Tagesklinik

Projektart: Organisationsentwicklung

Projektziele:

- Implementieren von Pflegefachpersonen
- Erhöhung der Auslastung
- Anreize zur Reduktion von No Shows
- Individualisiertere Behandlung

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2016

18.2.1 Optinomic Version 2

Projektart

Potentialprojekt

Was ist Optinomic

Optinomic ist ein integrierter Healthcare – Marktplatz für Gesundheitsdienstleister und ermöglicht eine optimale und effiziente Erfassung, Visualisierung und Analyse von Daten, die während laufender (Therapie-) Prozesse erhoben werden.

Projektziel

IT basierte Datenerhebungen und Messungen mit automatischen Auswertungsmöglichkeiten zum Nutzen für die Behandlungsplanung und Entwicklung des Behandlungsangebotes. Direkte Eingabe der Patient/innen mittels Notebooks oder Tablets. Die Auswertungen stehen unmittelbar nach der Eingabe zur Verfügung.

18.2.2 Einführung Müpf im ambulanten Bereich

Standardprojekt: Empfehlung ext. Audit

Projektzeit: Messung der Zufriedenheit der Patient/innen mit den ambulanten Angeboten

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 ISO 9001:2015

Das Projekt wurde Eingangs bereits beschrieben.

Ziel

Das Ziel ist der Erhalt des ISO Zertifikates.

Methodik / Ablauf

Im Rahmen der Wiederholaudits werden die Entwicklungsinhalte bis zur Zertifizierung 2018 gemeinsam mit dem externen Lead-Auditor der SQS (Hr. Fischer) festgelegt. Im Rahmen der Audits 15/16/17 werden die Inhalte weiterentwickelt.

- Schulungen durch die SQS (Q-Leiter)
- Spez. Programmteil Audits

Betroffene Bereiche

- Projektmanagement
- Risikomanagement
- Prozesse Handbuch

Involviert sind vor allem die Rollenträger im QM: Q. Beauftragter (Direktor), Q-Leiter (W. Steiner), Sicherheitsbeauftragter (P. Sturm) Prozessverantwortliche (im Handbuch definiert).

Weiterführende Unterlagen:

Praxisbuch

ISO 9001:2015

Die neuen Anforderungen verstehen und umsetzen

Carl Hanser Verlag München, 2015

19 Schlusswort und Ausblick

Das Sicherstellen der Qualität auf allen relevanten Ebenen der Institution bleibt ein wichtiges Anliegen. Als spezialisierte Suchtfachklinik arbeiten wir weiter am Nachweis der Wirksamkeit unserer Behandlungen. Das Messen psychischer Symptome und Belastungsparameter erzeugt Hinweise für gezielte Behandlungen und zeigt Veränderungen während der Therapiezeit auf. Langfristige Effekte lassen sich wohl nur durch katamnestische Befragungen nachweisen. Diesbezüglich bleibt es im Umfeld der Abhängigkeitserkrankungen schwierig, Menschen in akuten Suchtphasen verbindlich zu Erfassen. Das Aufrechterhalten der Abstinenz spielt eine wichtige, jedoch nicht die einzige Rolle hinsichtlich nachhaltiger Behandlungserfolge. Vielen betroffenen Menschen gelingt der Ausstieg durch spezifische Erfahrungen oder spontane Entscheidungen, welche bewusst oder unbewusst auf ein breites Spektrum von (therapeutischen) Erlebnissen und Eindrücken zurückzuführen sind. Die Suche nach wirksamen Therapiemethoden im Suchtbereich bleibt somit ein offenes Feld für die Forschung.

Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

Die Angaben zur Struktur und zu den Leistungen des Spitals vermitteln einen **Überblick** über das betriebliche Angebot.

Zusätzliche Informationen zum betrieblichen Angebot finden Sie im Spital- und Klinik-Portal spitalinformation.ch und im aktuellen Jahresbericht.

Sie können diesen unter folgendem Link herunterladen: [Jahresbericht](#)

Psychiatrie

Leistungsangebot in der Psychiatrie

ICD-Nr.	Angebot nach Hauptaustrittsdiagnose
F1	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

Herausgeber



Die Vorlage für diesen Qualitätsbericht wird von H+ herausgegeben:
H+ Die Spitäler der Schweiz
Lorrainestrasse 4A, 3013 Bern

Siehe auch:

www.hplus.ch/de/dienstleistungen/qualitaet_patientensicherheit/qualitaetsbericht



Die im Bericht verwendeten Symbole für die Spitalkategorien Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation stehen nur dort, wo Module einzelne Kategorien betreffen.

Beteiligte Gremien und Partner



Die Vorlage für den Qualitätsbericht wurde in Zusammenarbeit mit der Steuerungsgruppe von **QABE** (Qualitätsentwicklung in der Akutversorgung bei Spitälern im Kanton Bern) erarbeitet.

Die Vorlage wird laufend in Zusammenarbeit mit der H+ Fachkommission Qualität Akutsomatik (**FKQA**), einzelnen Kantonen und auf Anträge von Leistungserbringern hin weiterentwickelt.

Siehe auch:

www.hplus.ch/de/servicenav/ueber_uns/fachkommissionen/qualitaet_akutsomatik_fkqa



Die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (**GDK**) empfiehlt den Kantonen, die Spitäler zur Berichterstattung über die Behandlungsqualität zu verpflichten und ihnen die Verwendung der H+-Berichtsvorlage und die Publikation des Berichts auf der H+-Plattform www.spitalinformation.ch nahe zu legen.

Weitere Gremien



Der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (**ANQ**) koordiniert und realisiert Qualitätsmessungen in der Akutsomatik, der Rehabilitation und der Psychiatrie.

Siehe auch: www.anq.ch



Die **Stiftung Patientensicherheit Schweiz** ist eine nationale Plattform zur Entwicklung und Förderung der Patientensicherheit. Sie arbeitet in Netzwerken und Kooperationen. Dabei geht es um das Lernen aus Fehlern und das Fördern der Sicherheitskultur in Gesundheitsinstitutionen. Dafür arbeitet die Stiftung partnerschaftlich und konstruktiv mit Akteuren im Gesundheitswesen zusammen.

Siehe auch: www.patientsicherheit.ch



Die Vorlage für den Qualitätsbericht stützt sich auf die Empfehlungen "Erhebung, Analyse und Veröffentlichung von Daten über die medizinische Behandlungsqualität" der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaft (**SAMW**).